



BUNDESSOZIALAMT

An das
Bundessozialamt
Landesstelle Burgenland
Hauptstraße 33
7000 Eisenstadt

Eingangsstempel

OB

P F L E G E G E L D A N T R A G

Ich

Familienname	Vorname	VSNR (Geburtsdatum)
Anschrift		Telefon-Nr.

ersuche um Gewährung eines höheren Pflegegeldes und mache dazu nachstehende Angaben:

Ich werde gepflegt von

Familienname	Vorname	VSNR (Geburtsdatum)
Anschrift		Telefon-Nr.
Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person		

1. Meine Pflegebedürftigkeit ist durch folgende Leiden bedingt:

2. Pflegebedürftigkeit - in diesem Ausmaß - liegt seit _____ vor.

Bundessozialamt Tel: 05 99 88

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | | |
|-----|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 3.1 | Ich bin hochgradig sehbehindert. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3.2 | Ich bin blind. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3.3 | Ich bin taubblind. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Falls Sie einen der Punkte 3.1 bis 3.3 bejahen, werden Sie ersucht,
Namen und Anschrift des behandelnden Augenarztes anzuführen:

-
-
- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 3.4 | Ich bin zur Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung überwiegend auf den Gebrauch eines Rollstuhles angewiesen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | - kann damit selbständig fahren. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | oder | | |
| | - bin dabei auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

4. Ich benötige Hilfe:

- | | | | |
|------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 4.1 | bei der täglichen Körperpflege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.2 | bei der Zubereitung von Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.3 | bei der Einnahme von Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.4 | bei der Verrichtung der Notdurft | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.5 | bei der Reinigung im Falle von Inkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.6 | bei der Entleerung und Reinigung des Leibstuhles | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.7 | beim An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.8 | beim Einnehmen von Medikamenten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.9 | Mobilitätshilfe im engeren Sinn
(z.B.: Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen usw.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.10 | bei der Herbeischaffung von Nahrungsmitteln,
Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens
Entfernung bis zum nächsten Lebensmittelgeschäft
Entfernung bis zur nächsten Apotheke | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.11 | bei der Reinigung der Wohnung und der persönlichen
Gebrauchsgegenstände | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.12 | bei der Pflege der Leib- und Bettwäsche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.13 | bei der Beheizung der Wohnung einschließlich der
Herbeischaffung von Heizmaterial | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Art der Heizung: | | |
| 4.14 | beim Verlassen der Wohnung (etwa zum Arztbesuch, zur
Therapie etc.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

5. Ich benötige sonst noch pflegerische Maßnahmen ja nein
Wenn ja, welche?
-

6. Ich befinde oder befand mich innerhalb der letzten zwei Monate vor der
Antragstellung ja nein
in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt

in einem in- oder ausländischen Kur- oder Rehabilitations-
zentrum etc. ja nein

Wenn ja :

Bezeichnung der Anstalt:	Aufenthalt	
	von	bis

(Sollten Sie über den –stationären – Aufenthalt Unterlagen besitzen, senden
Sie diese bitte mit!)

7. Ich bin gesundheitlich in der Lage einer Vorladung zur
Durchführung einer ärztlichen Begutachtung Folge zu
leisten ja nein
alleine ja nein
nur mit Begleitperson ja nein
nein, ich bin auf Grund meines Leidenszustandes **nicht**
reisefähig

(Reisekosten werden ersetzt; **falls notwendig** auch für die Begleitperson)

Auf Ihren Wunsch ist bei der Untersuchung die Anwesenheit
und Anhörung einer Person Ihres Vertrauens möglich.

Hieraus allfällig entstehende Kosten (für die Vertrauensperson)
werden allerdings **N I C H T** ersetzt!

8. Ich erhalte außer den Versorgungsbezügen vom Bundes-
sozialamt noch von einer anderen in- oder ausländischen
Stelle Pensions- oder Rentenleistungen oder habe die
Gewährung von solchen beantrag ja nein

- von - bei - folgenden Stellen folgende Leistung

9. Ich erhalte aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen
eine pflegebezogene Leistung oder habe eine solche
beantrag ja nein

Zutreffendenfalls - von - bei - welchen Stellen und welche Leistung?

10. Ich erhalte erhöhte Familienbeihilfe ja nein

11. Ich bin durch einen Unfall oder ein Verbrechen pflegebedürftig geworden. ja nein

Ggf.: Datum des Unfalls / der Tat:

Es liegt fremdes Verschulden am Unfall vor ja nein

Es handelt sich um einen Arbeitsunfall ja nein

Es wurde eine Unfallanzeige erstattet bei folgender Stelle: ja nein

Ich habe die zur Bearbeitung meines Antrages erforderlichen Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und nehme zur Kenntnis, dass zu Unrecht empfangenes Pflegegeld zurückzuzahlen ist.

Ab sofort werde ich jeden Aufenthalt in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt bzw. in einem in- oder ausländischen Kur- bzw. Rehabilitationszentrum sowie jede Änderung des Wohnsitzes bzw. Aufenthaltes unverzüglich bekannt geben.

Weiters verpflichte ich mich die Antragstellung auf eine andere in- oder ausländische pflegebezogene Leistung sowie deren Zuerkennung sofort zu melden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass andere in- oder ausländische pflegebezogene Leistungen auf das Pflegegeld angerechnet werden.

(Ort und Datum)

Unterschrift des Antragstellers, Sachwalters oder gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten etc. *)

*) **Anmerkung:**

Antragsberechtigt sind der Antragsteller selbst, sein gesetzlicher Vertreter oder sein Sachwalter, wenn er mit der Besorgung dieser Angelegenheit betraut worden ist. Überdies kann ein Antrag auch durch Familienmitglieder oder Haushaltsangehörige ohne Nachweis der Bevollmächtigung gestellt werden, wenn kein Zweifel über Bestand und Umfang der Vertretungsbefugnis besteht.

Bei Unterbringung in einem Wohn-, Pflege- oder Altenheim auf Kosten oder unter Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers ist auch der Kostenträger antragsberechtigt; die Antragstellung begründet jedoch **keine** Parteistellung des Kostenträgers, die über den Ersatzanspruch gemäß § 13 BPGG hinausgeht.